

**RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU
D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL
TOXIQUE – MILITAIRES,
INSTRUCTEURS CIVILS ET CADETS**

Références : A. DAOD 5018-2
B. Article 8.21 des OR (Cadets)
C. OAFIC 24-6
D. OAIC 12-24
E. Article 210.72 des DRAS
F. Article 7.02 des OR (Cadets)

BUT

1. La présente ordonnance vise à préciser aux commandants de corps ou escadron de cadets (CC/Esc) le besoin de compléter le CF 98, *Rapport en cas de blessures ou d'exposition à du matériel toxique*. Il vise aussi à énoncer des formalités pour en faciliter la préparation et la distribution.

GÉNÉRALITÉS

2. Le CF 98 sert :
- a. à recueillir des preuves pouvant être utiles si la victime devient incapable et soumet une demande de prestations en vertu de la *Loi sur les pensions*;
 - b. de document à l'appui de toute demande d'indemnité d'invalidité de la Force de réserve décrite à la référence E;
 - c. de document à l'appui de toute demande d'autorisation et de remboursement de soins médicaux ou dentaires; et
 - d. de document à l'appui de toute demande de paiement ou de remboursement de frais de transport par ambulance, hélicoptère ou avion.

**REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE
TO TOXIC MATERIAL – SERVICE
MEMBERS, CIVILIAN INSTRUCTORS
AND CADETS**

References: A. DOAD 5018-2
B. QR (Cadets) 8.21
C. CFAO 24-6
D. CATO 12-24
E. CBI 210.72
F. QR (Cadets) 7.02

AIM

1. The purpose of this directive is to outline for Cadet Corps or Squadron (CC/Sqn) Commanding Officers the requirement to complete the CF 98, *Report on Injuries or Exposure to Toxic Material*. It also prescribes procedures to facilitate its preparation and distribution.

GENERAL

2. The CF 98 is used:
- a. to gather evidence that could be useful if the victim becomes disabled and submits an application for benefits under the *Pension Act*;
 - b. as supporting document for any Reserve Force disability compensation claim as outlined in reference E;
 - c. as supporting document to any application for authorization and reimbursement of medical or dental care; and
 - d. as supporting document to any application for payment or reimbursement of ambulance, helicopter or airplane transportation expenses.

3. Les références B, C et D doivent être lues en tenant compte des changements instaurés par la référence A.

4. La présentation du rapport en vertu de la présente est réputée conforme aux exigences de l'alinéa (2)(b) de la référence B.

OBLIGATION DE PRODUIRE LE RAPPORT

5. Conformément à la référence A, il faut remplir un *Rapport en cas de blessures ou d'exposition à du matériel toxique* pour tous les cas de blessure ou d'exposition réelle ou soupçonnée à une substance ou à du matériel toxique dont un militaire, un instructeur civil ou un cadet est victime.

6. La présente ajoute l'obligation de rédiger et soumettre le rapport :

- a. pour tout transport par ambulance, hélicoptère ou avion, même si ce transport ne fait suite qu'à un malaise; et
- b. pour tout séjour à l'hôpital de plus de 24 heures, qu'il y ait techniquement hospitalisation ou non.

EXEMPTIONS

7. En vertu de l'alinéa (2) de la référence B, il n'est pas requis de signaler les lacérations mineures, les contusions mineures, les foulures aux doigts et aux orteils, les écorchures mineures et autres blessures mineures semblables. Cependant, il faut rapporter les piqûres, les lacérations et les écorchures avec des objets infectés ou possiblement infectés, les morsures d'animaux, les entorses et autres blessures profondes non apparentes.

3. References B, C and D must be read taking into account the changes promulgated at reference A.

4. Submission of the subject report in accordance with this order is deemed in compliance with reference B paragraph (2)(b).

REQUIREMENT TO COMPLETE THE REPORT

5. In accordance with reference A, the *Report on Injuries or Exposure to Toxic Material* shall be completed for all injuries and all exposure or suspected exposure to toxic material of which a service member, a civilian instructor or a cadet is a victim.

6. This order bring about an obligation to complete and submit a report:

- a. for all transportation by ambulance, helicopter or airplane, even if the transportation is only afforded due to an ailment; and
- b. for any time spent in hospital in excess of 24 hours, regardless of whether there is actual hospitalization.

EXEMPTIONS

7. Further to reference B, paragraph (2), minor lacerations, minor contusions, minor sprains to fingers or toes, minor scrapes or other similar minor injuries should not be reported. However, punctures, lacerations and scrapes with infected or possibly infected objects, animal bites, sprains and other major internal injuries that are not apparent must be reported.

PRÉPARATION ET PRÉSENTATION DU RAPPORT

8. Le rapport peut être complété en utilisant le formulaire CF 98 (01/00) promulgué par la référence A, portant le numéro d'approvisionnement 7530-21-920-4737. Cependant, au sein de l'Unité régionale de soutien aux cadets (Est), il est nettement préférable que l'un des deux formulaires CF 98 adaptés soit utilisé. Voir :

- a. l'annexe A pour le formulaire CF 98 (01-00) MIL (02) à utiliser pour un militaire ou un instructeur civil et l'annexe B pour un exemple de formulaire complété; et
- b. l'annexe C pour le formulaire CF 98 (01-00) CDTS (02) à utiliser pour un cadet et l'annexe D pour un exemple de formulaire complété.

9. L'annexe E présente un guide concis de préparation du rapport CF 98. L'annexe F présente, sous une approche différente, une liste de vérification qui permet au commandant de CC/Esc, et aux autres intervenants, d'identifier rapidement les omissions et erreurs courantes, autant que des mesures complémentaires à prendre selon les circonstances. Cette liste de vérification est à compléter et joindre au CF 98.

10. L'annexe G rend compte des outils informatiques de préparation du CF 98.

11. Le rapport doit être présenté au commandant de l'URSC Est aussitôt que possible et préférablement dans les 14 jours de l'événement ayant nécessité sa préparation.

REPORT COMPLETION AND SUBMISSION

8. The report may be completed using the CF 98 (01/00) form promulgated at reference A carrying supply number 7530-21-920-4737. However, within the Regional Cadet Support Unit (Eastern), it is much preferable that one of the two customized CF 98 forms be used. See:

- a. Annex A for form CF 98 (01-00) MIL (02) to be used for a service member or a civilian instructor, and Annex B for an example of a completed form; and
- b. Annex C for form CF 98 (01-00) CDTS (02) to be used for a cadet, and Annex D for an example of a completed form.

9. Annex E offers a concise CF 98 report completion guide. Annex F offers, from a different perspective, a checklist allowing the commanding officer of a CC/Sqn, and other contributors, to easily identify common omissions and errors, as well as complementary actions to take according to circumstances. This checklist is to be completed and attached to the CF 98.

10. Annex G provides automated tools for completion of CF 98 report.

11. The report must be submitted to the RCSU Eastern Commanding Officer as soon as possible, and preferably within 14 days of the incident requiring its preparation.

12. La formule CF 98 prescrite exige que le rapport soit dactylographié et porte des signatures originales. Dans le cas des militaires et des instructeurs civils, il est recommandé de faire les efforts requis pour s'y conformer. Pour les cadets, un rapport lisiblement complété à la main est acceptable.

12. The prescribed CF 98 form stipulates that the report shall be typewritten and include original signatures. For service members and civilian instructors, it is recommended to make the necessary efforts to comply. For cadets, a legible, handwritten report is acceptable.

13. Lorsqu'un superviseur est témoin ou mis au courant d'un incident qui requiert la préparation d'un rapport CF 98, il doit sans tarder commencer la préparation du rapport :

13. If a supervisor witnesses, or is made aware of, an incident that requires a CF 98 report, he must immediately begin the completion of the report by:

- a. en complétant la partie 1 du rapport; et
- b. en transmettant le rapport partiellement complété au commandant de l'unité.

- a. filling out part 1 of the report; and
- b. submitting the partially completed report to the unit Commanding Officer.

14. Tout commandant de CC/Esc doit dès lors agir en qualité d'officier rapporteur ou nommer un officier des FC à cette fin. L'officier rapporteur doit :

14. All CC/Sqn Commanding Officers must then act as a reporting officer or appoint a CF officer to carry out the duty. The reporting officer must:

- a. produire le rapport sur papier légal (8½ par 14 pouces);
- b. s'assurer que la partie 1 du rapport est dûment complétée (en tenant compte des particularités des formulaires adaptés introduits au paragraphe 8);
- c. obtenir la déclaration signée de la victime (bien que la difficulté de l'obtenir ne doive pas compromettre la rapidité de production du rapport);
- d. vérifier que tout professionnel de la santé ayant prodigué des soins est adéquatement identifié aux fins de retracer les documents médicaux dans le futur (voir le paragraphe 18 ci-dessous pour la communication de renseignements médicaux autorisée par la victime);

- a. produce the report on legal paper (8½ by 14 inches);
- b. ensure that part 1 of the report is duly filled out (taking into account the specifics of the customized forms introduced at paragraph 8);
- c. obtain a signed statement from the victim (although difficulty in obtaining it should not compromise prompt completion of the report);
- d. verify that all health professionals who have provided care are appropriately identified so that medical documents may be traced in the future (see paragraph 18 below for disclosure of medical information as authorized by the victim);

e.	dresser la liste des témoins pertinents (c'est-à-dire toute personne pouvant affirmer que l'incident a bien eu lieu et en préciser les circonstances générales, sans nécessairement devoir en être un témoin direct) et, s'il n'y a aucun témoin, en fournir la raison;	e.	establish the list of relevant witnesses (that is, any person who may affirm that the incident took place and state its general circumstances, which does not strictly requires being a direct witness), and if there is no witness, explain why;
f.	obtenir les déclarations datées et signées des témoins en tenant compte des indications au verso du formulaire CF 98 (utilisant préférablement la formule à l'annexe H ou en l'utilisant comme modèle), et les annexer au rapport;	f.	obtain signed and dated statements from witnesses in accordance with the instructions on the back of CF 98 form (preferably using form at Annex H or using it as a model), and attach these statements to the report;
g.	établir et documenter les circonstances pertinentes en tenant compte des indications au verso du formulaire CF 98, en considérant comme nécessairement pertinent de mentionner tout transport par ambulance, hélicoptère ou avion, tout séjour à l'hôpital de plus de 24 heures et toute intervention chirurgicale;	g.	establish and document relevant circumstances in accordance with the instructions on the back of the CF 98 form, considering it necessarily relevant to mention all transportation by ambulance, helicopter or airplane, all time spent in hospital in excess of 24 hours, and all surgical operations;
h.	rédiger en ses propres mots, à la lumière des témoignages et des renseignements obtenus, une description des circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition et une courte description générale de la blessure, des effets de l'exposition ou du malaise;	h.	in light of witness accounts and information obtained, written statement describing the circumstances that led to the injury or the exposure and a short general description of the injury, exposure effects or ailment;
i.	signer et dater la déclaration de l'officier rapporteur au dessus d'une attache de signature complète; et	i.	sign and date the reporting officer's statement above a complete signature block; and
j.	transmettre le rapport original au commandant de l'URSC Est par la voie administrative autorisée.	j.	submit the original report to the RCSU Eastern Commanding Officer through the authorized administrative channels.

PARTIE 4 DU RAPPORT

15. Le commandant de l'URSC Est se réserve la prérogative de compléter la partie 4, Déclaration du commandant, du rapport CF 98 pour tous les CC/Esc et donc de déterminer le besoin de mener une enquête plus approfondie.

DISTRIBUTION DU RAPPORT

16. Le commandant de l'URSC Est assurera la distribution du rapport.

RAPPORT POUR UN INSTRUCTEUR CIVIL OU UN CADET

17. Lorsque le formulaire CF 98 réglementaire est utilisé (plutôt qu'un formulaire adapté) et que la victime dont le rapport fait état est un instructeur civil ou un cadet, la partie 1 du rapport sera complétée comme requis sur le formulaire CF 98 sauf :

- a. que la case NM doit être laissée en blanc dans le cas d'un cadet;
- b. que la case Grade doit être laissée en blanc;
- c. que ni la case Régulière ni la case Réserve ne doit être cochée;
- d. qu'il faut inscrire *Instr civil* ou *Cadet* ou *Cadette* dans la case CEM; et
- e. que la case Unité et CIU doit identifier le corps ou l'escadron de cadets par son abréviation générique (CCMRC, CC ou Esc), son numéro et son appellation officielle.

PART 4 OF THE REPORT

15. The RCSU Eastern Commanding Officer reserves the right to complete part 4, Commanding Officer's Statement, of the CF 98 report for all CC/Sqn and therefore determine the need to conduct further investigation.

REPORT DISTRIBUTION

16. The RCSU Eastern Commanding Officer shall ensure report distribution.

REPORTING ON A CIVILIAN INSTRUCTOR OR A CADET

17. When using the standard CF 98 form (rather than a customized form) and if the victim is a civilian instructor or a cadet, part 1 of the report shall be filled out as required on the CF 98 form except:

- a. for a cadet, the SN block must be left blank;
- b. the Rank block must be left blank;
- c. neither the Regular nor the Reserve block will be checked;
- d. *Civ Instr* or *Cadet* must be entered in the MOC block; and
- e. the Unit and UIC block must identify the cadet corps or squadron by its generic abbreviation (RCSCC, CC or Sqn), its number and its official designation.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

18. Les militaires, les instructeurs civils et les cadets des CC/Esc qui demandent à un professionnel de la santé civil de communiquer des renseignements médicaux aux autorités militaires doivent demander qu'ils soient communiqués à l'adresse suivante :

Officier de liaison médicale
Unité régionale de soutien aux cadets
(Est)
CP 100 succursale Bureau-chef
Richelain QC J0J 1R0

BPR : OEM2 Admin

Publiée en septembre 2000

Révisée en juin 2004

Annexes

Annexe A Formulaire CF 98 (01-00) MIL (02)

Annexe B Exemple d'un formulaire CF 98 (01-00) MIL (02) complété pour un militaire

Annexe C Formulaire CF 98 (01-00) CDTS (02)

Annexe D Exemple d'un formulaire CF 98 (01-00) CDTS (02) complété pour un cadet

Annexe E Guide concis de préparation du rapport CF 98

Annexe F Liste de vérification du CF 98

Annexe G Outils informatiques de préparation du rapport CF 98

Annexe H Déclaration du témoin

DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION

18. CC/Sqn service members, civilian instructors and cadets who ask civilian health professionals to disclose medical information to military authorities shall have such information forwarded to the following address:

Medical Liaison Officer
Regional Cadet Support Unit (Eastern)
PO Box 100 - Station Bureau-chef
Richelain QC J0J 1R0

OPI: SO2 Admin

Issued September 2000

Reviewed June 2004

Annexes

Annex A Form CF 98 (01-00) MIL (02)

Annex B Example of Form CF 98 (01-00) MIL (02) Completed for a Service Member

Annex C Form CF 98 (01-00) CDTS (02)

Annex D Example of Form CF 98 (01-00) CDTS (02) Completed for a Cadet

Annex E Concise CF 98 Report Completion Guide

Annex F CF 98 Check List

Annex G CF 98 Report Completion Automated Tools

Annex H Witness Statement

PROTECTED A (When Completed) - PROTÉGÉ A (Une fois remplie)



National Défense
Defence nationale

REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE TO TOXIC MATERIAL – SERVICE MEMBER – RCSU EASTERN
RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL TOXIQUE – MILITAIRE – URSC EST
(TO BE COMPLETED AND FORWARDED WITHIN 14 DAYS OF INJURY OR EXPOSURE)
(REmplir ET EXPÉDIER DANS LES 14 JOURS DE L'ACCIDENT OU DE L'EXPOSITION)

1. INJURED PERSON'S IDENTIFICATION – IDENTIFICATION DE LA VICTIME

SN - NM	SURNAME - NOM DE FAMILLE			GIVEN NAMES - PRÉNOMS	
RANK - GRADE	REGULAR RÉGULIÈRE	<input type="checkbox"/>	DOB – DDN YYYY – AAAA	MM	DD - JJ
	RESERVE RÉSERVE	<input type="checkbox"/>			
DATE AND TIME OF EVENT - DATE ET HEURE DE L'ÉVÈNEMENT			PLACE OF EVENT (INCLUDE GEOGRAPHICAL LOCATION) - LIEU DE L'ÉVÈNEMENT (INCLUANT LE LIEU GÉOGRAPHIQUE)		

2. INJURED PERSON'S STATEMENT OF CIRCUMSTANCES OF INJURIES OR EXPOSURE
DÉCLARATION DE LA VICTIME SUR LES CIRCONSTANCES DES BLESSURES OU DE L'EXPOSITION

Have you seen a health professional? Avez-vous vu un professionnel de la santé?	Yes Oui	No Non	If yes, provide the date, name, address and telephone number. Si oui, précisez la date, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone.
I HEREBY DECLARE THAT THE FOREGOING IS A TRUE STATEMENT OF HOW THE INJURIES OR EXPOSURE WERE SUSTAINED J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE L'EXPOSÉ CI-DESSUS DÉCRIT EXACTEMENT COMMENT J'AI SUBI MES BLESSURES OU MON EXPOSITION			
SIGNATURE OF THE INJURED PERSON SIGNATURE DE LA VICTIME			DATE

3. REPORTING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR

A. Describe the circumstances that led to the injury or exposure – Décrivez les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition.
Explain/detail your answer and provide any appropriate documentation that will help to determine the eligibility for benefits
Expliquez/détaillez votre réponse et annexe toute pièce justificative qui pourra aider à déterminer l'éligibilité à des bénéfices.

(1) Programmed or authorized cadet activity: Yes / Oui If yes, which one:
Activité de cadets programmée ou autorisée : No / Non Si oui, laquelle :

(2) Description of injuries or illness, in daily conversation terms:
Description des blessures ou malaises, en termes courants :

(3) Dental damages / Dommages dentaires : Yes / Oui No / Non

(4) Period of hospitalization or medical observation over 24 hours: Yes / Oui If yes, how long:
Hospitalisation ou surveillance médicale de plus de 24 heures : No / Non Si oui, combien de temps :

(5) Transportation by ambulance / Transport par ambulance : Yes / Oui No / Non

(6) Operating room surgery / Chirurgie en salle : No / Non Done / Effectuée Considered / Envisagée Unknown / Ne sais pas

(7) Narrative account of circumstances / Exposé narratif des circonstances :

B. List the names, SN and particulars of all witnesses. Obtain and attach signed and dated statements.
Énumérez les noms, NM et autres détails de tous les témoins. Obtenez et annexe les déclarations datées et dûment signées.

C. Endorsement of information by reporting officer Approbation des renseignements par l'officier rapporteur
I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.

UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE
--------------	---	------

4. RCSU Eastern, CSTC or RCIS COMMANDING OFFICER'S STATEMENT - DÉCLARATION DU COMMANDANT(URSC Est, CIEC ou ÉRIC)

SERVICE INVESTIGATION CONCERNING INJURIES OR EXPOSURES. To determine the proper mode of investigation, see over. ENQUÊTE MILITAIRE SUR LES BLESSURES OU LES EXPOSITIONS. Pour déterminer le genre d'enquête, voir le verso.	Yes / Oui	Date
SUMMARY INVESTIGATION ORDERED – ENQUÊTE SOMMAIRE ORDONNÉE		
BOARD OF INQUIRY – COMMISSION D'ENQUÊTE CONVOQUÉE		
I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE

Final distribution carried out by HQ RCSU Eastern. The injured person or parents may be given a copy at any stage.
Distribution finale assurée par le QG URSC Est. On peut en donner une copie à la victime ou à ses parents à toute étape.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF FORM CF 98

GENERAL INFORMATION

A CF 98 shall be completed for all injuries and all exposure or suspected exposure to toxic substances or material. An injury such as a sprain, for example, may be a factor in a future more serious medical condition. Ensure that statements made by injured/exposed persons and witnesses are :

- in the first person;
- in their own words;
- brief, but contain details of the circumstances under which the injury was sustained; and
- signed and dated by the person making the statement.

Where it is necessary to submit a statement of a witness, the CO shall detail an officer other than the supervisor to obtain the statement.

SECTION 1

Ensure that all information required is provided.

SECTION 2

Ensure that SECTION 2 is completed by the injured member, however, if the injured member is unable to make a statement, the report shall be submitted and a statement obtained and forwarded as soon as possible.

Health professional means any person qualified and authorized to give care (physicians, nurses, medical assistant, chiropractor, etc)

If a member is seen by a health professional that is not employed by the CF, then the member should request that a copy of the professional report be sent to his supporting medical unit. This may require that the member sign an authorization for the disclosure of medical information.

SECTION 3

The CO has the responsibility of ensuring that injuries/exposures are adequately documented for future use by the CF or the member and must designate a reporting officer who will complete Section 3. (An officer should be designated but if a suitable officer is not available a Warrant Officer may be designated).

- 3A** This section should be completed in as much detail as possible so as to clarify whether the injury or the exposure arose out of or was directly connected to military service. Substantiating documentation (CF Expres form, routine orders, unit physical training program, team list, CO's orders and directives, etc) shall be attached.
- 3B** Provide witness' personal information in as much detail as possible. Such identification is essential should it be necessary to obtain further statements from witnesses especially when required long after the event. It is important that witnesses' statements be attached (if applicable). However, it is not necessary to attach the statement of every witness to the injury. Be selective and include only the key witnesses' statements that will add to the validity of the CF 98.

SECTION 4

The CO or an officer designated by the CO (rank of Capt/Lt(N) or above) shall complete this section. A board of inquiry should be convened if the circumstances surrounding the injury or death are such that a detailed and formal investigation is warranted. If a board of inquiry is not convened, a summary investigation shall be ordered if the injury requires hospitalization for more than 24 hours, is likely to cause permanent disability, in cases where compensation for disability – Reserve Force is considered payable, or is suspected to be the result of a wilful act of the injured person. It should be considered if there is any doubt about the permanency of the injury.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE CF98

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Il faut remplir un CF 98 dans tous les cas de blessure ou d'exposition réelle ou soupçonnée à une substance ou du matériel toxique. Toute blessure (une entorse, par exemple) peut devenir ultérieurement l'élément d'un problème médical plus sérieux. Les déclarations de la victime et des témoins doivent être :

- rédigées à la première personne;
- rédigées dans ses propres mots;
- brèves, tout en comportant des détails précis sur les circonstances de la blessure;
- signées et datées par la victime ou le témoin.

Lorsqu'il est nécessaire de soumettre la déclaration d'un témoin, le commandant désignera un officier autre que le superviseur pour obtenir cette déclaration.

SECTION 1

Veillez à ce que tous les renseignements requis soient fournis.

SECTION 2

Veillez à ce que la SECTION 2 soit remplie par la victime. Cependant, si la victime n'est pas en mesure de faire une déclaration, le rapport doit être soumis et une déclaration obtenue et acheminée dès que possible.

Par professionnel de la santé, on entend une personne qualifiée et autorisée à prodiguer des soins (médecins, infirmiers ou infirmières, adjoints médicaux, chiropraticiens, etc).

Si le militaire est vu par un professionnel de la santé qui n'est pas au service des FC, le militaire devrait demander qu'une copie du rapport médical soit envoyée à son unité médicale de soutien. On pourra demander au militaire de signer un formulaire autorisant la communication de renseignements médicaux.

SECTION 3

Le commandant a la responsabilité de s'assurer que les cas de blessures/d'expositions soient documentés adéquatement en vue d'un usage futur par les FC ou le militaire. Le commandant désignera un officier pour remplir la section 3 (un officier doit normalement être désigné, mais si aucun officier ayant la compétence voulue n'est disponible, on peut nommer un adjudant).

- 3A** Il faut donner le plus de détails possibles dans cette section afin d'être en mesure de déterminer si la blessure ou l'exposition était consécutive ou rattachée directement au service militaire. Veuillez joindre au formulaire tout document justificatif (formulaire Expres FC, ordres courants, programme d'entraînement physique de l'unité, liste des membres de l'équipe, les ordres et directives du cmdt, etc).
- 3B** Il faut donner autant de renseignements personnels que possible sur les témoins. Ces renseignements seront indispensables si jamais il est nécessaire d'obtenir de nouvelles déclarations auprès des témoins, surtout si beaucoup de temps s'est écoulé depuis l'incident. Il est important de joindre la déclaration des témoins (s'il y a lieu). Cependant, il n'est pas nécessaire de joindre une déclaration de tous les témoins de l'incident. Il faut être sélectif et inclure seulement la déclaration des témoins clés, celles qui ajoutent à la validité du CF 98.

SECTION 4

Le commandant ou un officier désigné par lui (grade de capt/lt(M) ou plus) doit remplir cette section. On doit réunir une commission d'enquête si les circonstances ayant entouré la blessure ou le décès justifient une enquête poussée et à caractère officiel. Dans le cas où une commission d'enquête ne se réunit pas, une enquête sommaire doit être ordonnée, et ce si la blessure nécessite une hospitalisation de plus de 24 heures, si elle est probablement de nature à causer une invalidité permanente, dans tous les cas où l'indemnité d'invalidité – Force de Réserve peut être payable, si on la croit le résultat d'un acte délibéré posé par la personne blessée, et s'il subsiste un doute quant à la permanence de la blessure.

PROTECTED A (When Completed) - PROTÉGÉ A (Une fois remplie)

National Défense
Defence nationale

REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE TO TOXIC MATERIAL – SERVICE MEMBER – RCSU EASTERN
RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL TOXIQUE – MILITAIRE – URSC EST
 (TO BE COMPLETED AND FORWARDED WITHIN 14 DAYS OF INJURY OR EXPOSURE)
 (REEMPLIR ET EXPÉDIER DANS LES 14 JOURS DE L'ACCIDENT OU DE L'EXPOSITION)

1. INJURED PERSON'S IDENTIFICATION – IDENTIFICATION DE LA VICTIME

SN - NM T12 345 678	SURNAME - NOM DE FAMILLE De Pardieu			GIVEN NAMES - PRÉNOMS Eugène	
RANK - GRADE Lieutenant	REGULAR RÉGULIÈRE <input type="checkbox"/>	DOB - DDN YYYY - AAAA 1972	MM 09	DD - JJ 08	MOC - CEM 92A
	RESERVE RÉSERVE <input checked="" type="checkbox"/>				UNIT AND UIC - UNITÉ ET CIU CC 2729 Terrebonne CIU 1234
DATE AND TIME OF EVENT - DATE ET HEURE DE L'ÉVÉNEMENT 9 février 2002 23 h 13			PLACE OF EVENT (INCLUDE GEOGRAPHICAL LOCATION) - LIEU DE L'ÉVÉNEMENT (INCLUANT LE LIEU GÉOGRAPHIQUE) Autoroute 440 Laval QC		

2. INJURED PERSON'S STATEMENT OF CIRCUMSTANCES OF INJURIES OR EXPOSURE**DÉCLARATION DE LA VICTIME SUR LES CIRCONSTANCES DES BLESSURES OU DE L'EXPOSITION**

Have you seen a health professional? Avez-vous vu un professionnel de la santé?				Yes Oui <input checked="" type="checkbox"/>	No Non <input type="checkbox"/>	If yes, provide the date, name, address and telephone number. Si oui, précisez la date, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. 10 fév 02, Dr Réal Dupré, urgentologue, Cité de la Santé, 12 Watt, Laval (450) 621-1234
I HEREBY DECLARE THAT THE FOREGOING IS A TRUE STATEMENT OF HOW THE INJURIES OR EXPOSURE WERE SUSTAINED J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE L'EXPOSÉ CI-DESSUS DÉCRIT EXACTEMENT COMMENT J'AI SUBI MES BLESSURES OU MON EXPOSITION						
SIGNATURE OF THE INJURED PERSON SIGNATURE DE LA VICTIME					DATE 12 février 02	

3. REPORTING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR

A. Describe the circumstances that led to the injury or exposure – Décrivez les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition. Explain/detail your answer and provide any appropriate documentation that will help to determine the eligibility for benefits Expliquez/détaillez votre réponse et annexe toute pièce justificative qui pourra aider à déterminer l'éligibilité à des bénéfices.		
(1) Programmed or authorized cadet activity: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> If yes, which one: Activité de cadets programmée ou autorisée: No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle: Retour du cours survie hivernale		
(2) Description of injuries or illness, in daily conversation terms: Description des blessures ou malaises, en termes courants: Fracture du fémur et commotion cérébrale		
(3) Dental damages / Dommages dentaires: Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input checked="" type="checkbox"/>		
(4) Period of hospitalization or medical observation over 24 hours: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> If yes, how long: Hospitalisation ou surveillance médicale de plus de 24 heures: No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, combien de temps: 4 jours		
(5) Transportation by ambulance / Transport par ambulance: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>		
(6) Operating room surgery / Chirurgie en salle: No / Non <input type="checkbox"/> Done / Effectuée <input checked="" type="checkbox"/> Considered / Envisagée <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/>		
(7) Narrative account of circumstances / Exposé narratif des circonstances: Accident survenu au retour du cours de survie hivernale à Valcartier (copie feuille de route ci-jointe) Le Lt De Pardieu a été blessé dans un accident de la route. Un gros camion a embouti sa portière de conducteur lors d'un carambolage sur chaussée glacée.		
B. List the names, SN and particulars of all witnesses. Obtain and attach signed and dated statements. Énumérez les noms, NM et autres détails de tous les témoins. Obtenez et annexe les déclarations datées et dûment signées. A23 456 789 Slt Lisette Payette, CC 2729 Terrebonne, passagère (déclaration ci-jointe)		
C. Endorsement of information by reporting officer I am satisfied that the information is complete and accurate.		Approbation des renseignements par l'officier rapporteur J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.
UNIT – UNITÉ CC 2729	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés) Capt Aurèle Fortin, O Admin	DATE 18 février 2002

4. RCSU Eastern, CSTC or RCIS COMMANDING OFFICER'S STATEMENT - DÉCLARATION DU COMMANDANT (URSC Est, CIEC ou ÉRIC)

SERVICE INVESTIGATION CONCERNING INJURIES OR EXPOSURES. To determine the proper mode of investigation, see over. ENQUÊTE MILITAIRE SUR LES BLESSURES OU LES EXPOSITIONS. Pour déterminer le genre d'enquête, voir le verso.	Yes / Oui	Date
SUMMARY INVESTIGATION ORDERED – ENQUÊTE SOMMAIRE ORDONNÉE		
BOARD OF INQUIRY – COMMISSION D'ENQUÊTE CONVOQUÉE		
I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE

Final distribution carried out by HQ RCSU Eastern. The injured person or parents may be given a copy at any stage.
Distribution finale assurée par le QG URSC Est. On peut en donner une copie à la victime ou à ses parents à toute étape.

PROTECTED A (When Completed) - PROTÉGÉ A (Une fois remplie)

National Défense
Defence nationale**REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE TO TOXIC MATERIAL – SERVICE MEMBER – RCSU EASTERN**
RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL TOXIQUE – MILITAIRE – URSC EST
(TO BE COMPLETED AND FORWARDED WITHIN 14 DAYS OF INJURY OR EXPOSURE)
(REEMPLIR ET EXPÉDIER DANS LES 14 JOURS DE L'ACCIDENT OU DE L'EXPOSITION)**1. INJURED PERSON'S IDENTIFICATION – IDENTIFICATION DE LA VICTIME**

SN - NM T12 345 678	SURNAME - NOM DE FAMILLE Mulroney			GIVEN NAMES - PRÉNOMS Thomas John	
RANK - GRADE Lieutenant	REGULAR RÉGULIÈRE <input type="checkbox"/>	DOB - DDN YYYY - AAAA 1972	MM 09	DD - JJ 08	MOC - CEM 92A
	RESERVE RÉSERVE <input checked="" type="checkbox"/>				UNIT AND UIC - UNITÉ ET CIU CC 2729 Terrebonne UIC 1234
DATE AND TIME OF EVENT - DATE ET HEURE DE L'ÉVÉNEMENT 9 February 2002 2313 hrs			PLACE OF EVENT (INCLUDE GEOGRAPHICAL LOCATION) - LIEU DE L'ÉVÉNEMENT (INCLUANT LE LIEU GÉOGRAPHIQUE) Highway 440 Laval QC		

2. INJURED PERSON'S STATEMENT OF CIRCUMSTANCES OF INJURIES OR EXPOSURE
DÉCLARATION DE LA VICTIME SUR LES CIRCONSTANCES DES BLESSURES OU DE L'EXPOSITION

I was driving my car on the highway. There was an accident involving several vehicles caused by a patch of black ice, at the exit to Highway 440 heading for Ste-Rose. A truck crashed in to my door. When I came to, I was lying on a stretcher and my leg was hurting very badly. I was transported to the hospital in ambulance.			
Have you seen a health professional? Avez-vous vu un professionnel de la santé?	Yes Oui <input checked="" type="checkbox"/>	No Non <input type="checkbox"/>	If yes, provide the date, name, address and telephone number. Si oui, précisez la date, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. 10 Feb 02, Dr. Drew Cary, Emergency room doctor, Cité de la Santé, 12 Watt, Laval (450) 621-1234
I HEREBY DECLARE THAT THE FOREGOING IS A TRUE STATEMENT OF HOW THE INJURIES OR EXPOSURE WERE SUSTAINED J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE L'EXPOSÉ CI-DESSUS DÉCRIT EXACTEMENT COMMENT J'AI SUBI MES BLESSURES OU MON EXPOSITION			
SIGNATURE OF THE INJURED PERSON SIGNATURE DE LA VICTIME		DATE 12 February 02	

3. REPORTING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR

B. Describe the circumstances that led to the injury or exposure – Décrivez les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition. Explain/detail your answer and provide any appropriate documentation that will help to determine the eligibility for benefits Expliquez/détaillez votre réponse et annexe toute pièce justificative qui pourra aider à déterminer l'éligibilité à des bénéfices.		
(1) Programmed or authorized cadet activity: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> If yes, which one: Activité de cadets programmée ou autorisée: No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle: Returning from winter survival training		
(2) Description of injuries or illness, in daily conversation terms: Description des blessures ou malaises, en termes courants: Fracture of the left high bone and a concussion		
(3) Dental damages / Dommages dentaires: Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input checked="" type="checkbox"/>		
(4) Period of hospitalization or medical observation over 24 hours: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> If yes, how long: Hospitalisation ou surveillance médicale de plus de 24 heures: No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, combien de temps: 4 days		
(5) Transportation by ambulance / Transport par ambulance: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>		
(6) Operating room surgery / Chirurgie en salle: No / Non <input type="checkbox"/> Done / Effectuée <input checked="" type="checkbox"/> Considered / Envisagée <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/>		
(7) Narrative account of circumstances / Exposé narratif des circonstances: Accident occurred upon return from Winter Survival Training at Valcartier (copy of route letter attached) Lt Mulroney was injured in a car accident. A large truck crashed into the driver's door during a multi-vehicle pile up on a stretch of ice-coated pavement.		
B. List the names, SN and particulars of all witnesses. Obtain and attach signed and dated statements. Énumérez les noms, NM et autres détails de tous les témoins. Obtenez et annexe les déclarations datées et dûment signées. A23 456 789 2Lt Wendy Johnson, CC 2729 Terrebonne, passenger (statement Attached)		
C. Endorsement of information by reporting officer I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ CC 2729 Terrebonne	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés) Capt Frank Lloyd Wright, Admin O	DATE 18 February 2002

4. RCSU Eastern, CSTC or RCIS COMMANDING OFFICER'S STATEMENT - DÉCLARATION DU COMMANDANT (URSC Est, CIEC ou ÉRIC)

SERVICE INVESTIGATION CONCERNING INJURIES OR EXPOSURES. To determine the proper mode of investigation, see over. ENQUÊTE MILITAIRE SUR LES BLESSURES OU LES EXPOSITIONS. Pour déterminer le genre d'enquête, voir le verso.	Yes / Oui	Date
SUMMARY INVESTIGATION ORDERED – ENQUÊTE SOMMAIRE ORDONNÉE		
BOARD OF INQUIRY – COMMISSION D'ENQUÊTE CONVOQUÉE		
I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE

Final distribution carried out by HQ RCSU Eastern. The injured person or parents may be given a copy at any stage.
Distribution finale assurée par le QG URSC Est. On peut en donner une copie à la victime ou à ses parents à toute étape.

PROTECTED A (When Completed) - PROTÉGÉ A (Une fois remplie)

National Défense
Defence nationale**REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE TO TOXIC MATERIAL – CADETS – RCSU EASTERN**
RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL TOXIQUE – CADETS – URSC EST
(TO BE COMPLETED AND FORWARDED WITHIN 14 DAYS OF INJURY OR EXPOSURE)
(REEMPLIR ET EXPÉDIER DANS LES 14 JOURS DE L'ACCIDENT OU DE L'EXPOSITION)**1. INJURED PERSON'S IDENTIFICATION – IDENTIFICATION DE LA VICTIME**

SURNAME - NOM DE FAMILLE	GIVEN NAMES - PRÉNOMS
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE YYYY / AAAA MM DD / JJ	CORPS OR SQUADRON (Number, Name, Location) - CORPS OU ESCADRON (Numéro, nom et lieu)
DATE AND TIME OF EVENT - DATE ET HEURE DE L'ÉVÈNEMENT	PLACE OF EVENT (INCLUDE GEOGRAPHICAL LOCATION) - LIEU DE L'ÉVÈNEMENT (INCLUANT LE LIEU GÉOGRAPHIQUE)

2. INJURED PERSON'S STATEMENT OF CIRCUMSTANCES OF INJURIES OR EXPOSURE
DÉCLARATION DE LA VICTIME SUR LES CIRCONSTANCES DES BLESSURES OU DE L'EXPOSITION

<p>Have you seen a health professional? Avez-vous vu un professionnel de la santé?</p>				<p>Yes Oui</p> <input type="checkbox"/>	<p>No Non</p> <input type="checkbox"/>	<p>If yes, provide the date, name, address and telephone number. Si oui, précisez la date, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone.</p>
<p>I HEREBY DECLARE THAT THE FOREGOING IS A TRUE STATEMENT OF HOW THE INJURIES OR EXPOSURE WERE SUSTAINED. J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE L'EXPOSÉ CI-DESSUS DÉCRIT EXACTEMENT COMMENT J'AI SUBI MES BLESSURES OU MON EXPOSITION.</p>						
SIGNATURE OF THE INJURED PERSON SIGNATURE DE LA VICTIME						DATE

3. REPORTING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR

<p>A. Describe the circumstances that led to the injury or exposure – Décrivez les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition. Explain/detail your answer and provide any appropriate documentation that will help to determine the eligibility for benefits Expliquez/détaillez votre réponse et annexe toute pièce justificative qui pourra aider à déterminer l'éligibilité à des bénéfices.</p> <p>(1) Programmed or authorized cadet activity: Yes / Oui <input type="checkbox"/> If yes, which one: Activité de cadets programmée ou autorisée : No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :</p> <p>(2) Description of injuries or illness, in daily conversation terms: Description des blessures ou malaises, en termes courants :</p> <p>(3) Dental damages / Dommages dentaires : Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Period of hospitalization or medical observation over 24 hours: Yes / Oui <input type="checkbox"/> If yes, how long: Hospitalisation ou surveillance médicale de plus de 24 heures : No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, combien de temps :</p> <p>(5) Transportation by ambulance / Transport par ambulance : Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/></p> <p>(6) Operating room surgery / Chirurgie en salle : No / Non <input type="checkbox"/> Done / Effectuée <input type="checkbox"/> Considered / Envisagée <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>(7) Narrative account of circumstances / Exposé narratif des circonstances :</p>		
<p>B. List the names, SN and particulars of all witnesses. Obtain and attach signed and dated statements. Énumérez les noms, NM et autres détails de tous les témoins. Obtenez et annexe les déclarations datées et dûment signées.</p>		
<p>C. Endorsement of information by reporting officer Approbation des renseignements par l'officier rapporteur I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.</p>		
UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE

4. RCSU Eastern, CSTC or RCIS COMMANDING OFFICER'S STATEMENT - DÉCLARATION DU COMMANDANT (URSC Est, CIEC ou ÉRIC)

SERVICE INVESTIGATION CONCERNING INJURIES OR EXPOSURES. To determine the proper mode of investigation, see over. ENQUÊTE MILITAIRE SUR LES BLESSURES OU LES EXPOSITIONS. Pour déterminer le genre d'enquête, voir le verso.	Yes / Oui	Date
SUMMARY INVESTIGATION ORDERED – ENQUÊTE SOMMAIRE ORDONNÉE		
BOARD OF INQUIRY – COMMISSION D'ENQUÊTE CONVOQUÉE		
<p>I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.</p>		
UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE

Final distribution carried out by HQ RCSU(E). The injured person or parents may be given a copy at any stage.
Distribution finale assurée par le QG URSC(E). On peut en donner une copie à la victime ou à ses parents à toute étape.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF FORM CF 98

GENERAL INFORMATION

A CF 98 shall be completed for all injuries and all exposure or suspected exposure to toxic substances or material. An injury such as a sprain, for example, may be a factor in a future more serious medical condition. Ensure that statements made by injured/exposed persons and witnesses are :

- in the first person;
- in their own words;
- brief, but contain details of the circumstances under which the injury was sustained; and
- signed and dated by the person making the statement.

Where it is necessary to submit a statement of a witness, the CO shall detail an officer other than the supervisor to obtain the statement.

SECTION 1

Ensure that all information required is provided.

SECTION 2

Ensure that SECTION 2 is completed by the injured member, however, if the injured member is unable to make a statement, the report shall be submitted and a statement obtained and forwarded as soon as possible.

Health professional means any person qualified and authorized to give care (physicians, nurses, medical assistant, chiropractor, etc)

If a member is seen by a health professional that is not employed by the CF, then the member should request that a copy of the professional report be sent to his supporting medical unit. This may require that the member sign an authorization for the disclosure of medical information.

SECTION 3

The CO has the responsibility of ensuring that injuries/exposures are adequately documented for future use by the CF or the member and must designate a reporting officer who will complete Section 3. (An officer should be designated but if a suitable officer is not available a Warrant Officer may be designated).

- 3A** This section should be completed in as much detail as possible so as to clarify whether the injury or the exposure arose out of or was directly connected to military service. Substantiating documentation (CF Expres form, routine orders, unit physical training program, team list, CO's orders and directives, etc) shall be attached.
- 3B** Provide witness' personal information in as much detail as possible. Such identification is essential should it be necessary to obtain further statements from witnesses especially when required long after the event. It is important that witnesses' statements be attached (if applicable). However, it is not necessary to attach the statement of every witness to the injury. Be selective and include only the key witnesses' statements that will add to the validity of the CF 98.

SECTION 4

The CO or an officer designated by the CO (rank of Capt/Lt(N) or above) shall complete this section. A board of inquiry should be convened if the circumstances surrounding the injury or death are such that a detailed and formal investigation is warranted. If a board of inquiry is not convened, a summary investigation shall be ordered if the injury requires hospitalization for more than 24 hours, is likely to cause permanent disability, in cases where compensation for disability – Reserve Force is considered payable, or is suspected to be the result of a wilful act of the injured person. It should be considered if there is any doubt about the permanency of the injury.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE CF98

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Il faut remplir un CF 98 dans tous les cas de blessure ou d'exposition réelle ou soupçonnée à une substance ou du matériel toxique. Toute blessure (une entorse, par exemple) peut devenir ultérieurement l'élément d'un problème médical plus sérieux. Les déclarations de la victime et des témoins doivent être :

- rédigées à la première personne;
- rédigées dans ses propres mots;
- brèves, tout en comportant des détails précis sur les circonstances de la blessure;
- signées et datées par la victime ou le témoin.

Lorsqu'il est nécessaire de soumettre la déclaration d'un témoin, le commandant désignera un officier autre que le superviseur pour obtenir cette déclaration.

SECTION 1

Veillez à ce que tous les renseignements requis soient fournis.

SECTION 2

Veillez à ce que la SECTION 2 soit remplie par la victime. Cependant, si la victime n'est pas en mesure de faire une déclaration, le rapport doit être soumis et une déclaration obtenue et acheminée dès que possible.

Par professionnel de la santé, on entend une personne qualifiée et autorisée à prodiguer des soins (médecins, infirmiers ou infirmières, adjoints médicaux, chiropraticiens, etc).

Si le militaire est vu par un professionnel de la santé qui n'est pas au service des FC, le militaire devrait demander qu'une copie du rapport médical soit envoyée à son unité médicale de soutien. On pourra demander au militaire de signer un formulaire autorisant la communication de renseignements médicaux.

SECTION 3

Le commandant a la responsabilité de s'assurer que les cas de blessures/d'expositions soient documentés adéquatement en vue d'un usage futur par les FC ou le militaire. Le commandant désignera un officier pour remplir la section 3 (un officier doit normalement être désigné, mais si aucun officier ayant la compétence voulue n'est disponible, on peut nommer un adjudant).

- 3A** Il faut donner le plus de détails possibles dans cette section afin d'être en mesure de déterminer si la blessure ou l'exposition était consécutive ou rattachée directement au service militaire. Veuillez joindre au formulaire tout document justificatif (formulaire Expres FC, ordres courants, programme d'entraînement physique de l'unité, liste des membres de l'équipe, les ordres et directives du cmdt, etc).
- 3B** Il faut donner autant de renseignements personnels que possible sur les témoins. Ces renseignements seront indispensables si jamais il est nécessaire d'obtenir de nouvelles déclarations auprès des témoins, surtout si beaucoup de temps s'est écoulé depuis l'incident. Il est important de joindre la déclaration des témoins (s'il y a lieu). Cependant, il n'est pas nécessaire de joindre une déclaration de tous les témoins de l'incident. Il faut être sélectif et inclure seulement la déclaration des témoins clés, celles qui ajoutent à la validité du CF 98.

SECTION 4

Le commandant ou un officier désigné par lui (grade de capt/Lt(M) ou plus) doit remplir cette section. On doit réunir une commission d'enquête si les circonstances ayant entouré la blessure ou le décès justifient une enquête poussée et à caractère officiel. Dans le cas où une commission d'enquête ne se réunit pas, une enquête sommaire doit être ordonnée, et ce si la blessure nécessite une hospitalisation de plus de 24 heures, si elle est probablement de nature à causer une invalidité permanente, dans tous les cas où l'indemnité d'invalidité – Force de Réserve peut être payable, si on la croit le résultat d'un acte délibéré posé par la personne blessée, et s'il subsiste un doute quant à la permanence de la blessure.

PROTECTED A (When Completed) - PROTÉGÉ A (Une fois remplie)

National Défense
Defence nationale**REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE TO TOXIC MATERIAL – CADETS – RCSU EASTERN**
RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL TOXIQUE – CADETS – URSC EST
(TO BE COMPLETED AND FORWARDED WITHIN 14 DAYS OF INJURY OR EXPOSURE)
(REEMPLIR ET EXPÉDIER DANS LES 14 JOURS DE L'ACCIDENT OU DE L'EXPOSITION)**1. INJURED PERSON'S IDENTIFICATION – IDENTIFICATION DE LA VICTIME**

SURNAME - NOM DE FAMILLE Vanespen	GIVEN NAMES - PRÉNOMS Céline
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE 1986 04 22	CORPS OR SQUADRON (Number, Name, Location) - CORPS OU ESCADRON (Numéro, nom et lieu) CC 2628 Charlesbourg, Québec
DATE AND TIME OF EVENT - DATE ET HEURE DE L'ÉVÈNEMENT 3 fév 19 heures 20	PLACE OF EVENT (INCLUDE GEOGRAPHICAL LOCATION) - LIEU DE L'ÉVÈNEMENT (INCLUANT LE LIEU GÉOGRAPHIQUE) Bâtisse 515, USS Valcartier, Courcellette QC

2. INJURED PERSON'S STATEMENT OF CIRCUMSTANCES OF INJURIES OR EXPOSURE
DÉCLARATION DE LA VICTIME SUR LES CIRCONSTANCES DES BLESSURES OU DE L'EXPOSITION

Je m'ai blessé en jouant à un jeu extérieur qui se nomme La Guerre des Étoiles. Un cadet m'a brusquement tiré les bras en même temps, un autre cadet m'a tiré les jambes. Le bas de mon dos a bloqué et j'avais de la difficulté à bouger.		
Have you seen a health professional? Avez-vous vu un professionnel de la santé?	Yes Oui <input checked="" type="checkbox"/>	No Non <input type="checkbox"/>
If yes, provide the date, name, address and telephone number. Si oui, précisez la date, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. 3 fév 02, Dr Claude Talbot, Hôpital Chauveau, 1543 de l'Hôpital, Québec (418) 842-1536		
I HEREBY DECLARE THAT THE FOREGOING IS A TRUE STATEMENT OF HOW THE INJURIES OR EXPOSURE WERE SUSTAINED. J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE L'EXPOSÉ CI-DESSUS DÉCRIT EXACTEMENT COMMENT J'AI SUBI MES BLESSURES OU MON EXPOSITION.		
SIGNATURE OF THE INJURED PERSON SIGNATURE DE LA VICTIME	DATE 8 février 2002	

3. REPORTING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR

A. Describe the circumstances that led to the injury or exposure – Décrivez les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition. Explain/detail your answer and provide any appropriate documentation that will help to determine the eligibility for benefits Expliquez/détaillez votre réponse et annexe toute pièce justificative qui pourra aider à déterminer l'éligibilité à des bénéfices.		
(1) Programmed or authorized cadet activity: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> If yes, which one: Activité de cadets programmée ou autorisée: No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle: Exercice Pigeon Voyageur 2-4 fév 02		
(2) Description of injuries or illness, in daily conversation terms: Description des blessures ou malaises, en termes courants: Légère entorse au dos		
(3) Dental damages / Dommages dentaires: Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input checked="" type="checkbox"/>		
(4) Period of hospitalization or medical observation over 24 hours: Yes / Oui <input type="checkbox"/> If yes, how long: Hospitalisation ou surveillance médicale de plus de 24 heures: No / Non <input checked="" type="checkbox"/> Si oui, combien de temps:		
(5) Transportation by ambulance / Transport par ambulance: Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input checked="" type="checkbox"/>		
(6) Operating room surgery / Chirurgie en salle: No / Non <input checked="" type="checkbox"/> Done / Effectuée <input type="checkbox"/> Considered / Envisagée <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/>		
(7) Narrative account of circumstances / Exposé narratif des circonstances: Le jeu de la Guerre des planètes fait partie des activités autorisées. Les cadets se tiennent entre eux et ne doivent pas se lâcher. La cadette n'avait plus de douleurs au bout de quelques jours.		
B. List the names, SN and particulars of all witnesses. Obtain and attach signed and dated statements. Énumérez les noms, NM et autres détails de tous les témoins. Obtenez et annexe les déclarations datées et dûment signées. Jean-Philippe Beausoleil, instructeur civil (déclaration ci-jointe) Cadet Jean-Paul Cinq-Mars et cadet Pierre Mercure, qui tenaient les bras et les jambes (pas de déclaration)		
C. Endorsement of information by reporting officer I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ CC 2826 Charlesbourg	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés) Capt Jacques Thisdale, O Logistique	DATE 11 février 02

4. RCSU Eastern, CSTC or RCIS COMMANDING OFFICER'S STATEMENT - DÉCLARATION DU COMMANDANT (URSC Est, CIEC ou ÉRIC)

SERVICE INVESTIGATION CONCERNING INJURIES OR EXPOSURES. To determine the proper mode of investigation, see over. ENQUÊTE MILITAIRE SUR LES BLESSURES OU LES EXPOSITIONS. Pour déterminer le genre d'enquête, voir le verso.	Yes / Oui	Date
SUMMARY INVESTIGATION ORDERED – ENQUÊTE SOMMAIRE ORDONNÉE		
BOARD OF INQUIRY – COMMISSION D'ENQUÊTE CONVOQUÉE		
I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE

Final distribution carried out by HQ RCSU(E). The injured person or parents may be given a copy at any stage.
Distribution finale assurée par le QG URSC(E). On peut en donner une copie à la victime ou à ses parents à toute étape.

PROTECTED A (When Completed) - PROTÉGÉ A (Une fois remplie)

National Défense
Defence nationale**REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE TO TOXIC MATERIAL – CADETS – RCSU EASTERN**
RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL TOXIQUE – CADETS – URSC EST
(TO BE COMPLETED AND FORWARDED WITHIN 14 DAYS OF INJURY OR EXPOSURE)
(REEMPLIR ET EXPÉDIER DANS LES 14 JOURS DE L'ACCIDENT OU DE L'EXPOSITION)**1. INJURED PERSON'S IDENTIFICATION – IDENTIFICATION DE LA VICTIME**

SURNAME - NOM DE FAMILLE Vanespen	GIVEN NAMES - PRÉNOMS Cecilia
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE YYYY / AAAA MM DD / JJ 1986 04 22	CORPS OR SQUADRON (Number, Name, Location) - CORPS OU ESCADRON (Numéro, nom et lieu) CC 2826 Charlesbourg, Québec
DATE AND TIME OF EVENT - DATE ET HEURE DE L'ÉVÈNEMENT 3 Feb 02 1920 hrs	PLACE OF EVENT (INCLUDE GEOGRAPHICAL LOCATION) - LIEU DE L'ÉVÈNEMENT (INCLUANT LE LIEU GÉOGRAPHIQUE) Building 515, ASU Valcartier, Courcellette QC

2. INJURED PERSON'S STATEMENT OF CIRCUMSTANCES OF INJURIES OR EXPOSURE
DÉCLARATION DE LA VICTIME SUR LES CIRCONSTANCES DES BLESSURES OU DE L'EXPOSITION

I got hurt while playing an outdoor game called Planet Wars. A cadet yanked me very hard by the arms while another cadet was pulling my legs. My lower back locked and I had trouble moving.		
Have you seen a health professional? Avez-vous vu un professionnel de la santé?	Yes Oui <input checked="" type="checkbox"/>	No Non <input type="checkbox"/>
If yes, provide the date, name, address and telephone number. Si oui, précisez la date, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. 3 Feb 02, Dr. Jimmy Dolittle, Hôpital Chauveau, 1543 de l'Hôpital, Québec (418) 842-1536		
I HEREBY DECLARE THAT THE FOREGOING IS A TRUE STATEMENT OF HOW THE INJURIES OR EXPOSURE WERE SUSTAINED. J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE L'EXPOSÉ CI-DESSUS DÉCRIT EXACTEMENT COMMENT J'AI SUBI MES BLESSURES OU MON EXPOSITION.		
SIGNATURE OF THE INJURED PERSON SIGNATURE DE LA VICTIME	DATE 8 February 2002	

3. REPORTING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR

B. Describe the circumstances that led to the injury or exposure – Décrivez les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition. Explain/detail your answer and provide any appropriate documentation that will help to determine the eligibility for benefits Expliquez/détaillez votre réponse et annexe toute pièce justificative qui pourra aider à déterminer l'éligibilité à des bénéfices.		
(1) Programmed or authorized cadet activity: Yes / Oui <input checked="" type="checkbox"/> If yes, which one: Activité de cadets programmée ou autorisée: No / Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle: Messenger Bird exercice 2-4 Feb 02		
(2) Description of injuries or illness, in daily conversation terms: Description des blessures ou malaises, en termes courants: Minor sprain to lower back		
(3) Dental damages / Dommages dentaires: Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input checked="" type="checkbox"/>		
(4) Period of hospitalization or medical observation over 24 hours: Yes / Oui <input type="checkbox"/> If yes, how long: Hospitalisation ou surveillance médicale de plus de 24 heures: No / Non <input checked="" type="checkbox"/> Si oui, combien de temps:		
(5) Transportation by ambulance / Transport par ambulance: Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input checked="" type="checkbox"/>		
(6) Operating room surgery / Chirurgie en salle: No / Non <input checked="" type="checkbox"/> Done / Effectuée <input type="checkbox"/> Considered / Envisagée <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/>		
(7) Narrative account of circumstances / Exposé narratif des circonstances: The Planet Wars game consist of cadets holding on to each other and not letting go. This an authorized game. The pain disappeared in a few days.		
B. List the names, SN and particulars of all witnesses. Obtain and attach signed and dated statements. Énumérez les noms, NM et autres détails de tous les témoins. Obtenez et annexe les déclarations datées et dûment signées. Margery Lee, civilian instructor (declaration attached) Cadet David Johnson and cadet Peter Smith, who were holding on arms and legs (no declaration)		
C. Endorsement of information by reporting officer I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ CC 2628 Charlesbourg	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés) Capt Andrew Thisdale, Log O	DATE 11 Feb 02

4. RCSU Eastern, CSTC or RCIS COMMANDING OFFICER'S STATEMENT - DÉCLARATION DU COMMANDANT(URSC Est, CIEC ou ÉRIC)

SERVICE INVESTIGATION CONCERNING INJURIES OR EXPOSURES. To determine the proper mode of investigation, see over. ENQUÊTE MILITAIRE SUR LES BLESSURES OU LES EXPOSITIONS. Pour déterminer le genre d'enquête, voir le verso.	Yes / Oui	Date
SUMMARY INVESTIGATION ORDERED – ENQUÊTE SOMMAIRE ORDONNÉE		
BOARD OF INQUIRY – COMMISSION D'ENQUÊTE CONVOQUÉE		
I am satisfied that the information is complete and accurate. J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.		
UNIT – UNITÉ	SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment) SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et poste dactylographiés)	DATE

Final distribution carried out by HQ RCSU(E). The injured person or parents may be given a copy at any stage.
Distribution finale assurée par le QG URSC(E). On peut en donner une copie à la victime ou à ses parents à toute étape.

GUIDE CONCIS DE PRÉPARATION DU RAPPORT CF 98 - À L'INTENTION DES CORPS ET ESCADRONS DE CADETS

GÉNÉRALITÉS

1. Les premiers soins sont urgents. Ils ont préséance sur la préparation du CF 98. Il faut cependant l'acheminer avec promptitude.
2. En cas de blessures ou d'exposition à des substances toxiques, complétez un CF 98. En cas de malaises, faites de même si vous croyez le Ministère possiblement responsable.
3. Prenez le temps de bien compléter le CF 98. Même si certaines circonstances imposent de faire vite, veillez toujours à bien le compléter. Les intérêts de la victime et du Ministère sont en jeu.
4. L'officier rapporteur doit normalement être un officier des FC (autre que la victime).
5. Tous les éléments du CF 98 doivent être lisibles, préférablement en caractères d'imprimerie.

PRÉPARATION

6. Utilisez le formulaire CF 98 (01-00) CDTS (02) adapté pour les cadets. Utilisez le formulaire CF 98 (01-00) MIL (02) adapté pour les militaires et les instructeurs civils. Voir l'annexe G pour sa disponibilité en fichier informatique.

POINTS DE VÉRIFICATION DE LA PARTIE 1 (À L'INTENTION DU SURVEILLANT)

7. Identifiez la victime et les circonstances globales comme requis par le formulaire.
8. Pour un cadet ou un instructeur civil, le corps ou l'escadron de cadets à identifier est celui auquel il appartient. Pour un militaire, inscrivez le nom abrégé et le CIU de l'unité d'appartenance.

CONCISE CF 98 REPORT COMPLETION GUIDE – FOR CADET CORPS AND SQUADRONS

GENERAL

1. First aid care is an emergency. It takes precedence over completion of the CF 98. It must nevertheless be forwarded expeditiously.
2. In case of injuries from or exposure to toxic substances or material fill in a CF 98. In case of a person feeling ill, do likewise if you think the Department could be held responsible.
3. Take the time you need to fill it in carefully. Even if circumstances occasionally require taking quick action, always focus on filling in the form carefully. The interests of both the victim and the Department are at stake.
4. As a rule, the reporting officer should be a CF officer (other than the victim).
5. All parts of the CF 98 must be filled in legibly, preferably typewritten.

PREPARATION

6. Use form CF 98 (01-00) CDTS (02) adapted for cadets. Use form CF 98 (01-00) MIL (02) adapted for service members and civilian instructors. See Annex G for their availability in electronic format.

CHECKING PART 1 (INTENDED FOR THE SUPERVISOR)

7. Identify the victim and global circumstances as required on the form.
8. For a cadet or a civilian instructor, the cadet corps or squadron to be identified is the one he belongs to. For a service member, enter the abbreviated name and UIC of the parent unit.

9. Identifiez le lieu de l'événement en indiquant l'édifice, le secteur d'exercice, le plan d'eau, etc. Mentionnez toujours la municipalité, le CIEC ou l'établissement militaire.

POINTS DE VÉRIFICATION DE LA PARTIE 2 (À L'INTENTION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR)

10. La victime fait sa déclaration dans ses propres mots, à la première personne et fournit essentiellement sa propre perception des circonstances. Elle ne devrait pas être invitée à signer une déclaration préparée par quelqu'un d'autre. Au besoin, tolérez la maladresse.

11. Si un professionnel de la santé a été vu, il doit être identifié comme demandé. (Soyez précis et complet au point d'être convaincu de pouvoir le contacter dans 10 ans, lui ou son établissement de santé, grâce aux renseignements fournis.)

12. La victime doit signer et dater sa déclaration. Au besoin, cette déclaration peut être une pièce jointe dûment datée et signée (dans ce cas, le mentionner sur le CF 98).

POINTS DE VÉRIFICATION DE LA PARTIE 3 (À L'INTENTION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR)

13. Si la victime est un officier CIC ou un instructeur civil aux effectifs d'un CC/Esc informez rapidement son commandant que le jour (ou la séance) de l'événement doit être du service rémunéré.

14. Lisez les instructions au verso de la formule. Au besoin, lisez aussi l'OCRE 502.

15. Répondez aux questions de la case 3A.

16. Décrivez en vos propres mots les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition. Une simple référence à la déclaration de la victime ne convient pas.

9. Identify the location of the incident by entering the name of the building, training area, stretch of water, etc. Always mention the municipality, CSTC or military establishment.

CHECKING PART 2 (INTENDED FOR THE REPORTING OFFICER)

10. The victim makes a statement in his/her own words to the first person and provides, in essence, his/her own take on the circumstances. The victim should not be asked to sign a statement prepared by someone else. If need be, tolerate awkwardness.

11. If a health professional was consulted, he/she should be identified as requested. (Be accurate and complete to the point of being convinced he/she can be reached in 10 years time, either personally or through a health care facility, using the information provided.)

12. The victim must sign and date his/her statement. If need be, this statement can be a separate dated and signed document (if so, refer to it on the CF 98).

CHECKING PART 3 (INTENDED FOR THE REPORTING OFFICER)

13. If the victim is a CIC officer or a civilian instructor on strength of a CC/Sqn quickly advise his/her Commanding Officer that the day (or session) of the incident must be paid service.

14. Read the instructions on the back of the form. If required, also read ERCO 502.

15. Answer questions in block 3A.

16. Describe in your own words the circumstances leading to the injury or exposure. Simply referring to the victim's statement is not suitable.

17. Identifiez quelques témoins directs de l'événement, sinon des témoins capables de confirmer que l'événement s'est produit dans le cadre de l'activité autorisée. (Notez que lorsque deux personnes entrent en collision, chacune est témoin de la collision de l'autre.) S'il n'y a vraiment pas de témoin, expliquez pourquoi. De préférence, faites usage de la formule à l'annexe H pour obtenir les déclarations des témoins. Annexe ces déclarations dûment datées et signées au CF 98.

18. Identifiez-vous lisiblement sous votre signature, signez et datez.

**POINTS DE VÉRIFICATION DE LA
PARTIE 4 (À L'INTENTION DU
COMMANDANT DE CC/ESC)**

19. Vérifiez que l'officier rapporteur s'est conformé aux exigences ci-dessus.

20. Laissez la partie 4 en blanc et acheminez rapidement à votre C Cad le CF 98 avec signatures originales et ses pièces jointes. (Pour information, il appartient au cmdt de l'URSC Est de déterminer s'il y a lieu d'ordonner une enquête sommaire.)

21. Si des soins de santé facturés (par exemple physiothérapie) ou des traitements dentaires autres qu'urgents sont requis, avisez la victime ou ses parents d'obtenir une autorisation préalable et de prévoir présenter la prescription médicale, les factures et les reçus en vue de remboursement.

22. Si la victime est un officier CIC ou un instructeur civil aux effectifs d'un CC/Esc, assurez-vous que le jour (ou la séance) de l'événement est du service rémunéré.

23. Conformez-vous aux exigences de l'OAIC 12-23 pour protéger les intérêts de la victime dans le cadre du programme d'assurance des ligues de cadets.

24. Pour renseignements additionnels, communiquez avec votre C Cad.

17. Identify some direct witnesses to the incident or, if none, witnesses capable of confirming that the incident took place during an authorized cadet activity. (Note that when two persons collide, each is a witness of what happened to the other.) If there are no witnesses of any kind, explain why. Preferably use the form at Annex H to receive witness declarations. Attach duly dated and signed witness statements to the CF 98.

18. Identify yourself clearly under your signature, sign, and date the form.

**CHECKING PART 4 (INTENDED FOR
THE CO OF A CC/SQN)**

19. Check to make sure the reporting officer followed the procedures as set out above.

20. Do not fill in Part 4 and forward the CF 98 with original signatures and attachments as quickly as possible to your Cad A. (For information, it is a prerogative of the RCSU Eastern CO to determine if a summary investigation is to be ordered.)

21. If billable health care services (like physio) or dental treatments other than emergency treatments are required, advise the victim or parents to obtain prior authorization and to anticipate the need to produce the medical prescription, the bills and the payment receipts to obtain reimbursement.

22. If the victim is a CIC officer or a civilian instructor on strength of a CC/Sqn, ensure the day (or session) of the incident is paid service.

23. Comply with the requirements set out in CATO 12-23 to protect the interests of the victim under the cadet league insurance plan.

24. For additional information, contact your Cad A.

LISTE DE VÉRIFICATION – CF 98

Nom de la victime : _____ Date de l'incident : _____

Nota : Cocher une case ci-dessous signifie que l'aspect a été considéré et que, au besoin, les mesures requises ont été prises.

FORMULAIRES		Vérfié
Guide : OCRE 502. Source : http://www.regions.cadets.forces.gc.ca/est/support/class/formulaires_f.asp#CF		<input type="checkbox"/>
CF 98 MIL pour militaires et instructeurs civils ou CF 98 CDTS pour cadets.		<input type="checkbox"/>
Formulaire imprimé au format 8½" x 14".		<input type="checkbox"/>
PARTIE 1 DU CF 98		Vérfié
CF 98 CDTS – Numéro et nom complet du corps ou escadron de cadets, et municipalité.		<input type="checkbox"/>
CF 98 MIL – Instructeur civil : cocher la case Réserve et inscrire «Instr civil» comme grade.		<input type="checkbox"/>
Date, heure et endroit de l'incident (au minimum municipalité, CIEC ou établissement militaire).		<input type="checkbox"/>
PARTIE 2 DU CF 98		Vérfié
La victime a fourni sa déclaration en ses propres mots, l'a signée et l'a datée.		<input type="checkbox"/>
S'il y a lieu, le professionnel de la santé est bien identifié (nom, adresse, numéro de téléphone).		<input type="checkbox"/>
PARTIE 3 DU CF 98		Vérfié
L'officier rapporteur est un officier et n'est pas la victime.		<input type="checkbox"/>
Les questions 1 à 6 ont chacune leur réponse.		<input type="checkbox"/>
L'exposé narratif des circonstances indique, dans les mots de l'officier rapporteur, comment la blessure ou l'exposition est survenue (un renvoi à la déclaration de la victime ne suffit pas).		<input type="checkbox"/>
La liste des témoins les identifie bien. S'il n'y a aucun témoin, une explication est fournie.		<input type="checkbox"/>
Chaque déclaration de témoin est signée et datée (voir le format à l'annexe H de l'OCRE 502).		<input type="checkbox"/>
La signature de l'officier rapporteur est datée et avec une attache de signature complète et lisible.		<input type="checkbox"/>
AVIS UTILES À LA VICTIME ET AUX PARENTS		Vérfié
En cas de dommages dentaires, la victime doit acquitter les soins d'urgence, demander à se faire rembourser et faire autoriser à l'avance les autres soins dentaires.		<input type="checkbox"/>
En cas de perte ou de bris de lunettes, se conformer à l'OCRE 420 (sauf pour les activités d'été).		<input type="checkbox"/>
En cas de transport par ambulance, transmettre la facture sans l'acquitter.		<input type="checkbox"/>
En cas de soins de santé non fournis par l'assurance-santé provinciale, la victime doit acquitter les frais immédiats, demander à se faire rembourser et faire autoriser à l'avance les traitements à payer.		<input type="checkbox"/>
Si la victime est un militaire ou un instructeur civil, le jour de la blessure doit être rémunéré.		<input type="checkbox"/>
PARTIE 4 DU CF 98		Vérfié
Laissée en blanc par les commandants des CC/Esc. Facultative pour les CIEC/Écoles.		<input type="checkbox"/>
TRANSMISSION		Vérfié
Rapport transmis avec signatures originales et pièces jointes originales.		<input type="checkbox"/>
VÉRIFICATION		
Vérfié par :	<input type="checkbox"/> CC/Esc – Cmdt	<input type="checkbox"/> Dét – C Cad
	<input type="checkbox"/> Dét – O Admin/CC	<input type="checkbox"/> Dét – O Admin/CC
	<input type="checkbox"/> ÉRIC – O Admin/CC	<input type="checkbox"/> CIEC/EMCRE/EVVRE – C Admin/O Pers
	<input type="checkbox"/> Ops Air – O Admin	<input type="checkbox"/> QG – Dir Centre/Activité
		<input type="checkbox"/> QG – Gestionnaire de liste

CF 98 – CHECK LIST

Name of Victim: _____ Date of Incident: _____

Note: To check a box below means the aspect has been considered and, if required, all necessary action has been taken.

FORMS		Checked	
Guidance: ERCO 502. Source: http://www.regions.cadets.forces.gc.ca/est/support/class/formulaires_e.asp#CF		<input type="checkbox"/>	
CF 98 MIL for service members and civilian instructors, or CF 98 CDTS for cadets.		<input type="checkbox"/>	
Form printed in 8½" x 14" format.		<input type="checkbox"/>	
PART 1 OF CF 98		Checked	
CF 98 CDTS – Number and name in full of cadet corps or squadron, and municipality.		<input type="checkbox"/>	
CF 98 MIL – Civilian instructor: check the Reserve box and enter "Civ Instr" for Rank.		<input type="checkbox"/>	
Date, time and place incident occurred (municipality, CSTC or DND establishment as a minimum).		<input type="checkbox"/>	
PART 2 OF CF 98		Checked	
The victim provided, signed and dated a statement in own words.		<input type="checkbox"/>	
If applicable, the health professional is well identified (name, address, telephone number).		<input type="checkbox"/>	
PART 3 OF CF 98		Checked	
The reporting officer is an officer and is not a victim.		<input type="checkbox"/>	
Questions 1 to 6 have all been answered.		<input type="checkbox"/>	
The narrative account of circumstances indicates, in reporting officer's own words, how the injury or exposure occurred (a reference to victim's statement is not adequate).		<input type="checkbox"/>	
The list of witnesses identifies them well. If there is no witness, an explanation is provided.		<input type="checkbox"/>	
Each witness statement is signed and dated (see format at ERCO 502 Annex H).		<input type="checkbox"/>	
The reporting officer's signature is dated and appears above a complete and legible signature block.		<input type="checkbox"/>	
USEFUL ADVICE TO VICTIM AND PARENTS		Checked	
In case of dental damages, the victim must pay emergency treatments, request reimbursement and have other dental treatments authorized in advance.		<input type="checkbox"/>	
In case of lost or damaged glasses, comply with ERCO 420 (except for summer activities).		<input type="checkbox"/>	
In case of ambulance transportation, transmit the bill unpaid.		<input type="checkbox"/>	
In case of health care not covered by the provincial health insurance, the victim must pay immediate bills, request reimbursement and have other payable treatments authorized in advance.		<input type="checkbox"/>	
If the victim is a service member or a civilian instructor, the day injury occurred must be paid service.		<input type="checkbox"/>	
PART 4 OF CF 98		Checked	
Left blank by CC/Sqn COs. Optional for CSTC/School COs.		<input type="checkbox"/>	
TRANSMITTAL		Checked	
Report transmitted with original signatures and original attachments.		<input type="checkbox"/>	
VERIFICATION			
Checked by:	<input type="checkbox"/> CC/Sqn – CO	<input type="checkbox"/> Det – Cad A	<input type="checkbox"/> Det – Admin O/CC
	<input type="checkbox"/> RCIS – Admin O/CC	<input type="checkbox"/> CSTC/RCSM Eastern/RGS Eastern – C Admin O/Pers O	
	<input type="checkbox"/> Air Ops – Admin O	<input type="checkbox"/> HQ – Centre/Activity Director	<input type="checkbox"/> HQ – List Manager

OUTILS INFORMATIQUES DE PRÉPARATION DU RAPPORT CF 98

GÉNÉRALITÉS

1. L'informatisation à grande échelle des corps de cadets et escadrons de la Région de l'Est leur permet d'alléger leur tâche en utilisant des outils informatiques de préparation du *Rapport en cas de blessures ou d'exposition à du matériel toxique*.

OUTILS

2. Deux versions adaptées du formulaire CF 98 réglementaire ont été mises au point.

3. Le formulaire CF 98 (01-00) MIL (02) est conçu pour les rapports ayant traits aux militaires et aux instructeurs civils.

4. Le formulaire CF 98 (01-00) CDTS (02) est conçu pour les rapports ayant traits aux cadets.

5. Les deux formulaires sont disponibles sur le site Web de l'URSC Est à l'adresse :
http://ursc-est.saint-jean.mil.ca/est/support/class/formulaires_f.asp.
(La dernière partie s'écrit formulaires_f.asp.)

UTILISATION

6. Les formulaires sont des documents Word dont certaines zones sont protégées contre les modifications et d'autres préparées pour l'entrée de texte. On peut les compléter à l'écran et ensuite les imprimer pour signatures. Il est aussi prévu que les formulaires seront imprimés sur papier 8 ½" x 14" et complétés à la main.

AMÉLIORATIONS

7. Les formulaires peuvent être améliorés. Les utilisateurs sont priés d'acheminer leurs suggestions par les voies administratives autorisées.

CF 98 REPORT COMPLETION AUTOMATED TOOLS

GENERAL

1. Extensive automation of the Eastern Region Cadet Corps and Squadrons facilitates their work through the use of computerized tools for filling-in the *Report on Injuries or Exposure to Toxic Material*.

TOOLS

2. Two customized versions of the standard CF 98 form have been developed.

3. Form CF 98 (01-00) MIL (02) is intended for reports about service members and civilian instructors.

4. Form CF 98 (01-00) CDTS (02) is intended for reports about cadets.

5. The two forms are available from the RCSU Eastern Web site at address:
http://ursc-est.saint-jean.mil.ca/est/support/class/formulaires_e.asp.
(Last part is written formulaires_e.asp.)

USAGE

6. Forms are Word documents with some areas protected against modifications and other areas ready to receive text entries. They may be filled in on screen and then printed for signatures. It is also intended that they be printed on 8 ½" x 14" paper and filled in manually.

IMPROVEMENTS

7. Forms may be improved. Users are requested to submit their suggestions through the authorized administrative channels.

DÉCLARATION DU TÉMOIN
WITNESS STATEMENT

Nom de la victime : _____ Date de l'incident : _____
Name of victim: _____ Date of incident: _____
Nom du témoin : _____ Unité du témoin : _____
Name of witness: _____ Unit of witness: _____

Le témoin est : un officier CIC un instructeur civil un(e) cadet(te) autre
Witness is: a CIC officer a civilian instructor a cadet other

Déclaration du témoin (dans ses propres mots)
Witness statement (in own words)

Signature : _____ Date : _____

Joindre cette déclaration au formulaire CF 98
Statement to be attached to CF 98